

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°

THÈSE 130
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)
PAR

JACQUES CORDIER

Né à Bernay (Eure), le 17 Novembre 1900

LE
RHUMATISME DENTAIRE
Ses deux variétés

Président : M. BEZANÇON, professeur

ÉTAMPES
IMPRIMERIE MAURICE DORMANN
16, Rue Saint-Mars
—
1926



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE RHUMATISME DENTAIRE

Ses deux variétés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— ANNÉE 1926

N^o —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JACQUES CORDIER

Né à Bernay (Eure), le 17 Novembre 1900

LE

RHUMATISME DENTAIRE

Ses deux variétés

Président : M. BEZANÇON, professeur

ÉTAMPES
IMPRIMERIE MAURICE DORMANN
16, Rue Saint-Mars

—
1926



Le Doyen : M. ROGER.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE...	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL ...	Obstétrique.
LHERMITTE ...	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice

pour le service des examens

M. GOUGEROT...	Pathologie médicale.		M. GUÉNIOT.....	Obstétrique.
			M. RETTERER....	Histologie.

IV. — Agrégés chargés du cours de Clinique à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale	LÉRI.....	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEPER	Clinique médicale.
ATIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale in- fantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM MAUCLAIRE. agrégé.....	{	Chargé du Cours de Chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que toutes les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de notre grande affection
et de notre profonde reconnaissance, pour
les sacrifices qu'ils se sont imposés pour
nous.

A MES FRÈRES ET SŒUR

BELLES-SŒURS ET BEAU-FRÈRE

A MON PARRAIN
Monsieur Eugène BISSON

In Memoriam.

A MES BONS AMIS
Les Docteurs HURPY, DELAHAYE et JEAN

En souvenir de nos années d'études et
des si bons moments que nous passâmes
ensemble.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BEZANÇON

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.*

En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Docteur TROISIER

Médecin de l'Hôpital Laennec.

Qui mit obligeamment à notre disposition plusieurs observations recueillies dans son service : notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

PRÉFACE

C'est pour nous un très agréable devoir, au moment où nous écrivons cette thèse, de dire notre gratitude et notre reconnaissance à tous ceux qui, au cours de nos études médicales ont aidé notre travail et encouragé nos efforts.

Notre merci respectueux ira d'abord :

A nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Rouen, et en particulier à M. le Docteur Née, médecin de l'Hôtel-Dieu, à qui incomba la tâche ingrate et délicate de nous inculquer les premiers éléments de la médecine. C'est dans son service que nous apprîmes, en même temps que la terminologie médicale, cette partie si importante qu'est l'auscultation des malades. C'est grâce à lui si cette première année d'études, souvent aride pour l'étudiant qui vient du P. C. N., fut pour nous intéressante et profitable.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris.

A M. le Professeur Proust, chirurgien de l'Hôpital Tenon, qui nous enseigna les éléments de la chirurgie, et les notions indispensables au praticien, pour l'élaboration d'un diagnostic aussi précis que possible, en matière chirurgicale, étant bien entendu que de la précocité de l'intervention, dépend souvent la vie du malade.

A M. le Docteur Funk-Brentano, de l'Hôpital Beaujon, qui nous accueillit avec bienveillance dans son service, et à qui nous sommes redevables de nos connaissances obstétricales.

A MM. les Professeurs de Lapersonne, Sebileau, Claude, Nobécourt et Legueu ;

A MM. les Docteurs Lortat-Jacob et Jules Reneaut, qui, chacun dans leurs spécialités, ont, par leurs conférences et leurs causeries cliniques, puissamment contribué à nous donner des idées nettes et précises sur les cas les plus usuels que nous pourrions être appelés à rencontrer dans notre clientèle journalière.

A tous notre respectueuse gratitude.

Et si, au moment de franchir la dernière étape, qui nous met au seuil de la vie médicale, nous avons décidé d'abandonner l'exercice de la médecine générale pour le cadre plus restreint de la Stomatologie, nous y avons été amenés par une double raison :

D'une part, l'extension de plus en plus grande de la science médicale, qui fait que, dans un champ trop vaste, on risque de s'y perdre.

Et, d'autre part, la conviction, que, du côté de la Stomatologie, il est encore possible de réaliser quelque bien, en faisant voir aux malades que, de l'état déficient de leurs dents, dépendent, pour beaucoup d'entre eux, certains troubles gastriques ou intestinaux, dont ils ignorent la cause, et en leur prouvant qu'une thérapeutique bucco-dentaire bien appropriée suffira bien souvent à assurer la sédation des phénomènes morbides qu'ils présentent.

ANATOMIE

La dent, implantée dans son alvéole, est reliée aux parois osseuses du maxillaire, qui l'entoure, par un ligament : le ligament alvéolo-dentaire.

L'ensemble de ces éléments : dent, alvéole, ligament, forme une articulation, bien définie. L'idée de cette articulation entre la dent et le maxillaire qui la reçoit, est fort ancienne. Hunter, Cuvier, Oudet parlaient de gomphose (articulation à la façon d'un clou dans une planche).

Puis, Blandin, avec Cruveilhier et Sappey, refusèrent à ce mode d'union la valeur d'une articulation.

Avec Malassez, Magitot, Colland, on revient à la notion d'une vraie union articulaire entre la dent et l'alvéole, et les auteurs actuels se rallient à cette notion.

Les éléments entrant dans la constitution de l'articulation alvéolo-dentaire, que Beltrami place dans la classe des diartro-amphiarthrose, sont : d'une part la racine (ivoire et ciment) et d'autre part la paroi-alvéolaire ; entre les deux : le ligament alvéolo-dentaire et l'espace de même nom.

Le ligament est formé par un enchevêtrement de fibres allant, à la façon des fibres de Sharpey, du ciment à l'alvéole et disposées en sens transversal ou obliques. Dans le voisinage du sommet radiculaire, les fibres s'assemblent en faisceaux séparés les uns des autres, délimitant des espaces dont le plus important est l'espace apical, et dont l'ensemble constitue l'espace alvéolo-dentaire. Des vaisseaux se distribuent dans le ligament, qui assurent en grande partie la nutrition des tissus dentaires.

L'existence de l'espace alvéolo-dentaire se révèle par des faits physiologiques et pathologiques : c'est la cavité arti-

culaire, dans laquelle s'effectuent les mouvements de la dent : en sens vestibulo-buccal, médio-distant, vertical (élévation, enfoncement, rotation).

L'existence de l'articulation alvéolo-dentaire étant parfaitement établie, il est donc tout à fait rationnel d'admettre, que son ligament puisse être le siège d'inflammations diverses, réunies sous le nom d'arthrites alvéolo-dentaires ou : rhumatismes dentaires.

ÉTIOLOGIE

Il nous paraît utile, avant d'exposer sommairement la symptomatologie du rhumatisme dentaire en général, de dire un mot de son étiologie, telle qu'on l'envisage actuellement.

Des multiples discussions qui ont surgi à ce propos, il ressort que les infections dentaires, susceptibles de déterminer du rhumatisme au niveau même de la dent, et de provoquer dans l'organisme des infections à distance, se divisent en deux catégories : les lésions aiguës et les affections chroniques.

A. — Lésions aiguës

Parmi les lésions dentaires aiguës, que l'on peut incriminer, il faut placer : les *caries pénétrantes* suivies de pulpite avec *gangrène pulpaire*, et infection du canal dentaire : dans ce cas, l'infection, remontant le canal, gagne l'apex, qu'elle franchit, et suivant alors les parois externes de la dent, elle se propage entre celle-ci et l'alvéole, et frappe le ligament déterminant ainsi de la mono-arthrite, qui peut rester localisée à la dent seule ou, au contraire, s'étendre aux tissus voisins, en provoquant une série d'accidents, depuis la fluxion, jusqu'à la suppuration et la formation d'adénites ou d'adéno-phlegmons.

Cette affection entre pour une part assez importante dans l'étiologie du rhumatisme dentaire. Et là, n'est pas son seul inconvénient. Elle peut également engendrer des maladies infectieuses. Et, à ce propos, Joseph Mendel a

rapporté quelques observations : sur huit hémocultures, qu'il a pratiquées dans cette circonstance, six ont été négatives, mais deux ont accusé la présence de streptocoques. A la vérité, ce sont-là des cas exceptionnels.

B. — Lésions chroniques

A côté des lésions dentaires aiguës, il faut placer les affections chroniques, que les Anglais et les Américains considèrent comme une menace constante pour l'organisme, et que l'on peut diviser en trois groupes :

I. — *Les gingivites et les pyorrhées alvéolo-dentaires.* — Dans la maladie de Fauchard, en effet, il existe des poches purulentes multiples, qui constituent une surface importante de résorption infectieuse, et au niveau desquelles s'établit un milieu de culture tout à fait favorable, pour l'évolution et la pullulation des microbes.

II. — *L'abcès apical* qui peut évoluer différemment, soit qu'il se draine par le canal, quand il s'agit d'une dent ouverte, ou par le ligament et l'alvéole, lorsque la chambre pulpaire et les canaux ont été primitivement obturés, le pus apparaissant sous la gencive, au collet même de la dent, et pouvant être mis facilement en évidence par une simple pression du doigt. Ce ne sont, d'ailleurs, par les seules évolutions de ces abcès, qui peuvent aussi s'ouvrir à n'importe quel endroit, parfois fort loin de la dent causale, et provoquer des trajets fistuleux, dont l'origine n'apparaît pas toujours d'emblée à l'investigateur.

A côté de l'abcès apical se place naturellement le *granulome* de Redier, qui peut évoluer fort longtemps sans donner lieu à de très nets symptômes, et qu'une radiographie seule permet souvent de dépister.

Pour les Américains, le granulome représente le type de la « lésion focale », de la maladie provocatrice de septicémies.

Ainsi entendu, le granulome est un kyste, qui se formerait à la base de toute dent dévitalisée aseptiquement. La

dent paraît saine, n'est point douloureuse, et seule la radiographie permet de constater la présence d'un granulome, auteur, non seulement de rhumatisme, mais aussi de néphrite, d'endocardite, etc...

L'école américaine, en effet, avec Duke, Keneth, Goadby et Billings, étudie depuis une dizaine d'années, les relations existant entre le rhumatisme et les lésions dentaires, et la thèse qu'elle présente, en ce moment, est la suivante :

Le rhumatisme est fonction d'une infection focale à distance, et en l'espèce, presque toujours d'une lésion infectieuse dentaire. Celle-ci est parfois patente et indiscutable, mais le plus souvent elle est torpide et atténuée, se masquant en général derrière des granulomes apicaux, que l'on considérait autrefois comme quasi-inoffensifs.

Lorsque l'examen clinique ne révèle rien, ni algies dentaires suspectes, ni ébranlement dans l'alvéole, ni pyorrhées, la radiographie, en montrant ces fines lésions de l'apex, presque toujours constituées sur des dents dévitalisées, révèle au médecin la signature étiologique de la maladie rhumatismale et lui dicte sa thérapeutique. Nous reviendrons plus tard sur cette thérapeutique, telle que les Américains la pratiquent et nous en montrerons les inconvénients.

III. — Il est enfin un *troisième groupe* de lésions dentaires chroniques, susceptibles de déterminer à distance des accidents infectieux, et que la radiographie seule permet de dépister. Il s'agit, en l'espèce, d'une dent dévitalisée aseptiquement dont les canaux ont été obturés avec toutes les précautions habituelles, et qui n'est le siège d'aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée : pas de mobilité anormale, pas de sensibilité particulière à la percussion, qu'elle soit horizontale, ou verticale : en un mot, aucun des symptômes afférents à l'arthrite alvéolo-dentaire, en général.

Cependant si, sur cette dent, l'on vient à pratiquer un examen radiographique, on peut constater une zone de raréfaction apicale, se manifestant par l'existence d'une plage claire. Il faut être, en l'occurrence, très prudent et très circonspect et ne pas se hâter de faire un diagnostic précis sur cette seule donnée radiographique.

BACTÉRIOLOGIE

La bactériologie de ces différentes infections a été fort bien étudiée :

en France, par Joseph Mendel et Housset ;

en Amérique, par Rosenow, Ganving, Hartzell, Talbot et Billings ;

en Angleterre, par Goldmann.

La flore microbienne des foyers péri-apicaux est très étendue : cependant, le microbe le plus fréquemment isolé a été le *streptocoque* et des deux variétés :

Le streptocoque à chaînettes longues ;

Le streptocoque à chaînettes courtes ou *streptococcus viridans*, de Schötmuller.

Ce dernier se trouve facilement dans les dents infectées et aussi souvent dans la sérosité de certaines arthrites. Richard et Maranon l'ont retrouvé parfois par l'hémoculture.

Au point de vue de sa virulence, la variabilité de ce streptocoque est grande. Elle peut s'exalter, surtout par association. Le streptocoque isolé dans les foyers péri-apexiens est moins virulent que celui d'autres affections, telles que l'érysipèle, la scarlatine, la variole, etc...

D'après Guyot, le rhumatisme pourrait être d'origine infectieuse buccale par l'entérocoque de Thiercelin, qui paraît se confondre avec le diplocoque de Triboulet et Coyon et le microcoque de Galippe. Son opinion est confirmée par le fait que le rhumatisme est une affection avec polynucléose, ne conférant pas l'immunité, c'est-à-dire, d'après les travaux d'hématologie de Bezançon et Labbé, produite par un saprophyte de l'organisme.

Or, l'entérocoque, ou les bactéries lui ressemblant, ont toujours été trouvés, et dans la salive et dans le sang des individus atteints.

SYMPTOMATOLOGIE

L'arthrite alvéolo-dentaire, ou rhumatisme dentaire, est essentiellement constituée par l'inflammation du ligament.

Nous envisagerons successivement l'arthrite aiguë, puis l'arthrite chronique.

I. — Pour l'**arthrite aiguë**, au point de vue *fonctionnel*, les premiers signes sont : une sensation d'agacement au niveau de la dent, augmentant jusqu'à la gêne et à la tension, et qui porte le patient à serrer fortement les mâchoires. Cette pression faite sur la dent malade détermine un soulagement marqué. Dès que la pression cesse, les mêmes symptômes recommencent.

Puis survient la congestion du ligament : la dent, sous son influence, est légèrement repoussée hors de son alvéole : sensation très nette d'allongement, que le malade perçoit avec d'autant plus d'acuité que ce déplacement empêche l'articulation normale avec la dent antagoniste.

Il se produit, à ce moment, une vive douleur, chaque fois que la mâchoire est fermée, et chaque fois que la langue, les lèvres ou la joue viennent toucher la dent malade. Il existe des douleurs spontanées, rendant tout sommeil impossible.

En même temps, malaise général marqué et élévation de température.

Au point de vue *physique*, on perçoit : une rougeur très nette de la gencive, s'étendant dans la direction du périoste enflammé.

Très souvent une *fluxion* : la fluxion est caractérisée par un gonflement oedémateux des tissus mous, de siège variable suivant la dent causale. Elle est constituée par

de la sérosité, qui s'infiltré vers la tempe et jusque sous la paupière inférieure, au point de fermer l'œil : toutes les dépressions disparaissent, en particulier celle de la fosse canine, et le sillon naso-génien est également nivelé.

Cette fluxion augmente de volume dans la nuit, sous l'influence du décubitus, et elle présente son maximum le matin. Elle peut persister plusieurs jours, en général trois ou quatre. Elle reconnaît pour cause une infiltration de sérosité albumineuse dans le tissu, sérosité qui peut disparaître par résorption, ou bien alors se transformer en pus, occasionnant des phlegmons diffus.

A la percussion, la dent est douloureuse, surtout dans le sens vertical.

Elle est aussi mobile dans tous les sens. Les racines elles-mêmes accusent une certaine mobilité et ce fait peut être mis facilement en évidence de la façon suivante : on percute la dent de la main droite, alors que la pulpe de l'index de la main gauche est appliqué sur l'apex. Sur une dent normale, on ne perçoit rien. Sur une dent atteinte d'arthrite, au contraire, le choc est transmis sur l'apex, qui vient buter sur le maxillaire, déterminant ainsi, en même temps qu'une réaction douloureuse de la part du malade, un son sourd bien perçu par le doigt.

La chaleur est mal supportée ; par contre, le froid atténue la douleur par suite de la vaso-constriction qu'il produit au niveau du ligament.

Les gencives sont douloureuses.

A cette période, il y a généralement formation d'un abcès au niveau de l'apex, abcès que caractérisent : une tuméfaction, de la fluctuation et de la crépitation parcheminée.

Le pus se forme et s'élimine :

° Soit par le collet de la dent, en fusant sous la gencive ;

Soit en soulevant la gencive elle-même, et quand l'abcès est à maturité, il crève et se vide, et si la cause persiste, détermine des fistules.

Ceci est l'éventualité la moins grave.

Mais il arrive assez souvent que le pus de ces abcès peut s'engager le long de replis aponévrotique et fuser fort loin de son origine.

C'est ainsi qu'à la mâchoire supérieure, l'abcès peut émigrer :

Entre l'os et le périoste de la voûte du palais ;

Au niveau de l'orbite ;

Au niveau de l'antre d'Higmore.

A la mâchoire inférieure, la pesanteur entraîne le pus vers le menton, dans la région sous-maxillaire, provoquant la formation d'adénites, d'adénophlegmons, d'angines de Ludwig.

Il n'est pas rare d'aboutir à la nécrose des maxillaires.

II.— Quant à l'**arthrite chronique**, si les symptômes sont moins bruyants, ils n'en existent pas moins : ce sont surtout des douleurs à la pression et à la percussion des dents, avec gêne notable de la mastication. Ce sont les symptômes amendés de l'arthrite aiguë.

ÉTUDE CLINIQUE

Ayant ainsi brièvement exposé la symptomatologie du rhumatisme dentaire, nous allons maintenant essayer de montrer, en nous basant sur un certain nombre d'observations, les relations qui existent entre les lésions rhumatismales et infectieuses dentaires et certaines infections générales, et nous tâcherons de démontrer l'existence de deux rhumatismes, d'étiologie différente : l'un étant l'origine de pseudo-rhumatismes infectieux, se développant par la suite, l'autre n'étant qu'un épi-phénomène, au cours de la maladie de **Bouillaud**, le virus frappant l'articulation alvéolo-dentaire au même titre que les autres articulations.

La lésion dentaire, comme du reste tout autre foyer d'infection chronique, est susceptible de causer des septiciémies latentes et torpides, capables elles-mêmes de se fixer sur un organe et d'y déterminer à la longue des lésions indélébiles.

Le retentissement à distance de l'infection dentaire n'est pas une nouveauté. Il fut signalé dès le milieu du siècle précédent, par Chassaignac, Lejars et Richet, qui, sous les noms de « cachexie buccale », « cachexie dentaire » ou « intoxication putride », avaient signalé la possibilité d'une infection générale, par la stagnation de produits putrides au niveau des gencives.

Galippe, en 1890, montre l'influence de la pyorrhée sur les organes, indiquant qu'elle peut déterminer de la néphrite, du diabète, etc...

Sebileau et Tellier, en 1900, signalèrent que l'infection la plus redoutable dans ses effets pourrait bien n'être pas produite par le pus dégluti, mais bien par les toxines

lancées dans le torrent circulatoire ou encore par le passage du microbe lui-même.

Sous l'influence de la pyorrhée, des abcès à répétition, il y a un apport léger, mais continu, de toxines dans le sang, toxines qui altèrent la vitalité cellulaire par un empoisonnement lent, par la septicémie chronique.

S'il se produit une série de décharges brusques, c'est la septicémie aiguë. Si le microbe lui-même passe enfin dans le sang, c'est la pyohémie avec ses infections à distance.

Nous citerons les complications les plus fréquemment observées :

A. — *Complications pulmonaires*

Certaines pneumonies, broncho-pneumonies (Netter), pleurésies purulentes (Dickmann et Godlee), gangrènes pulmonaires et bronchites fétides (Mouisset).

B. — *Complications gastriques*

Les travaux de Hunter et de Tellier ne laissent plus aucun doute à ce sujet, et ceci résulte de multiples observations qu'ils ont recueillies. Cette « gastrite septique » peut aller de la forme la plus simple, simulant le malaise gastrique, jusqu'à la forme grave de septicémie chronique, avec troubles nerveux localisés dans les groupes des éminences thénar et hypothénar, ou des troubles psychiques avec mélancolie et tendance au suicide.

Il est, d'après Tellier, deux symptômes pathognomoniques de l'infection gastrique, qui la fait entrer dans le cadre nosologique : c'est la douleur sans cause apparente, survenant à n'importe quelle heure, sur laquelle n'ont d'effet, ni les boissons, ni les alcalins : c'est ensuite l'odeur particulière qui n'est pas vraiment fétide, mais fade et écœurante.

C. — *Complications générales*

Pour les auteurs américains, la septicité dentaire est l'origine d'endocardites (Coldmann), de troubles digestifs (Hunter), d'arthrites, d'éruptions (Watson), de maladies nerveuses.

Le diabète serait aussi, dans certains cas, rattaché pathogéniquement aux infections bucco-dentaires, et Galippe, en 1890, a pu affirmer que le diabète, loin d'être une cause de pyorrhée, n'en serait que la conséquence, et il l'explique ainsi : le foie, altéré dans son fonctionnement par des toxines absorbées, soit directement par déglutition, soit par voie sanguine, donne de la glycosurie. Le sucre serait donc postérieur à la pyorrhée, qu'il ne saurait provoquer, et on aurait ainsi l'explication facile de certains cas de diabète conjugal relatés dans de nombreuses observations, le contact permettant le passage des microorganismes de la pyorrhée, de bouche à bouche, qui détermineraient du diabète par pyorrhée consécutive.

Seraient sous la même influence les cas de néphrite, également étudiés par Galippe.

Nous citerons l'observations de Sainton et Debertrand : relatant des manifestations septicémiques avec abcès multiples, ayant comme point de départ un adéno-phlegmon sous-maxillaire, consécutif à une infection dentaire : caries multiples des incisives et des molaires.

Malgré la guérison rapide de cette première localisation infectieuse survinrent des arthrites multiples, présentant le caractère assigné aux pseudo-rhumatismes infectieux.

La troisième étape de l'évolution fut marquée par l'apparition de diverses collections purulentes, apparaissant soudainement en quarante-huit heures, augmentant rapidement de volume et donnant naissance à un pus abondant, sans odeur, laiteux et parsemé de grumeaux, guérissant par incision, sans laisser de traces.

Pendant cette longue évolution, l'état général du malade était resté relativement satisfaisant.

Au point de vue bactériologique, on nota la présence de

cocci présentant les réactions de forme et de culture du tétragène.

La guérison fut obtenue par la méthode de Wright, hémoculture sur gélose et autovaccin (230 millions de microbes par cc.).

A côté de cette observation d'abcès multiples à la suite d'infections dentaires, se place celle de Bonnamour et Delore, de Lyon, qui rapportent le cas d'une endocardite infectieuse, avec abcès dentaire comme origine probable, et anurie prolongée terminale.

Premier Groupe

Nous insisterons plus particulièrement sur les cas de *rhumatismes chroniques infectieux* succédant à des lésions de rhumatisme dentaire. D'après les Américains et les Austro-Hongrois, tous les rhumatismes chroniques relèveraient de l'étiologie dentaire.

Qu'il nous soit permis de rappeler à ce sujet plusieurs observations :

Celles d'Antonius et Czepa sont peu précises.

Celles de Keneth et Goadby, au nombre de 49, se divisent en trois groupes, mais elles sont aussi assez laconiques : le point intéressant est que plusieurs cas ont été guéris par des vaccins provenant de microbes isolés des lésions dentaires.

Celles de Billings, de Chicago, au nombre de 10, où l'auteur étudie l'état des dents et aussi du naso-pharynx.

Sur cinq malades, quatre présentaient de l'infection pharyngée, et l'un d'eux avait en même temps des lésions dentaires. Chez ces cinq malades, la thérapeutique dentaire et bucco-pharyngée a eu raison de rhumatismes, qui avaient été rebelles à tous les autres traitements.

Celle de Maranon est plus explicite :

« Les cas de rhumatisme chronique, d'origine dentaire, dit-il, ont une symptomatologie particulière, et en les étu-

diant, il est possible d'arriver tout au moins à un diagnostic de probabilité. Tout d'abord les malades ont une tendance à établir une filiation entre leur arthrite et leur infection buccale. De plus, ces arthrites sont précédées de poussées fébriles, qui échappent à certains sujets, mais qui sont nettement perçues par les malades attentifs et oigneux. Ces lésions se localisent de préférence aux petites articulations (poignet, main, cou, rachis) ».

Il faut, non seulement, examiner la bouche, mais aussi la gorge (pharynx et amygdales) et encore les trompes et l'appendice. C'est à vrai dire, une compréhension bien large du terme d'infection focale.

Parmi les malades de Maranon, les uns ont guéri par les vaccins de streptocoque banal, les autres par le seul traitement dentaire.

« L'un de nos résultats, dit-il, a été particulièrement brillant. Le malade se mouvait à peine du fait d'arthrites du genou et du rachis. Huit ou neuf jours après le traitement dentaire, il se promenait. Sur quatre autres sujets, traités par les vaccins, deux ont été très améliorés, deux n'en ont recueilli aucun bénéfice ».

Celle de Pulido Martin est relative à un de ses internes. Ce jeune homme de 26 ans présente, à la suite d'une angine, sa première attaque de rhumatisme, sous forme de polyarthrite avec endocardite, heureusement influencée par le salicylate.

En 1917, il souffre d'une fistule dentaire, qui est soignée suivant la technique habituelle.

En 1919, il présente des douleurs articulaires, dont il ne se remet pas complètement.

En 1920, survient une nouvelle attaque compliquée d'endocardite, qui ne cède ni au salicylate, ni aux autres traitements habituels du rhumatisme.

La dent de la fistule et sept autres dents sont alors extraites. Les douleurs disparaissent graduellement, en cinq mois, sans aucun autre traitement.

Au point de vue sémiologique, il semble que toutes les variétés de rhumatisme chronique puissent être d'origine

dentaire : arthralgies, polysynovites, lumbagos, arthrites sèches, rhumatismes ankylosants et déformants.

Maranon pense que les arthrites dentaires sont souvent précédées de poussées fébriles inexpliquées, et qu'elles se localisent aux petites articulations.

Il existe aussi des observations anciennes de rhumatisme déformant, déclenché par l'avulsion dentaire (Potain).

Troisier rapporte une observation de rhumatisme chronique déformant des plus typiques, avec mains déformées en coup de vent, nettement consécutif à l'extraction de dents chroniquement infectées. Il semble que l'acte opératoire a provoqué un ensemencement de l'organisme, une septicémie torpide et une infection durable des articulations, antérieurement indemnes.

L'observation suivante, recueillie à l'Hôpital Laënnec, en 1955, dans le service de M. Troisier, et qu'il a mis obligeamment à notre disposition, vient encore confirmer les données précédentes.

Observation I

L. B..., cinquante-sept ans.

Première crise de rhumatisme articulaire aigu à vingt-huit ans.

De trente à quarante ans, crises fréquentes de rhumatisme articulaire aigu. La malade, qui présente dès l'adolescence de nombreuses caries dentaires signale que la plupart de ses crises surviennent trois jours environ après des interventions sur les dents : plombages et surtout ablation de racines ou de dents ; habituellement la succession des accidents est la suivante : quelques heures après l'extraction de la dent cariée, fluxion marquée durant plusieurs jours. Deux ou trois jours après, mal de gorge accompagné de fièvre, de torticollis ou de rigidité de la colonne cervicale avec des douleurs marquées dans les muscles de la nuque. Le lendemain, trois ou quatre jours après la visite chez le dentiste, les douleurs apparaissent dans les poignets : ultérieurement les épaules et les genoux se prennent et la malade reste alitée quatre à cinq jours : une dizaine de jours après elle entre en convalescence.

De quarante à cinquante-sept ans, crises très nombreuses survenant deux à trois fois par an. Nous assistons à plusieurs d'entre elles. La malade présente l'aspect typique du rhumatisme articulaire aigu, avec l'angine rouge, l'aspect des poignets et des genoux, tuméfiés, oedémateux, rosés, avec les insertions ligamenteuses

douloureuses à la pression, la moindre tentative de mobilisation arrachant des cris au sujet.

Ajoutons que ces manifestations articulaires sont fugitives, qu'elles passent d'un article à l'autre sans laisser de traces définitives, car il ne reste ultérieurement aucune ankylose. De plus, chaque crise s'accompagne de sueurs profuses d'odeur aigrelette et d'une anémie marquée qui subsiste deux ou trois semaines après la guérison. Pas d'endocardite. La thérapeutique salicylée atténuée, mais ne jugule jamais la crise, à son début.

En novembre 1924, incident nouveau. La fosse canine droite devient particulièrement douloureuse : un abcès s'y développe en quelques jours. En même temps la crise articulaire se déclenche, avec des douleurs cervicales et angineuses, suivies d'arthropathies dans les membres : une incision pratiquée dans la fosse canine permet l'évacuation de pus putride, manifestement d'origine dentaire.

En décembre, extraction de la canine supérieure droite. Son apex présente un kyste.

Le 23 janvier, réapparition des phénomènes inflammatoires dans le maxillaire supérieur. Mais cette fois, la lésion ne reste pas localisée à la fosse canine. Œdème et inflammation envahissent la joue et gagnent la région du sac lacrymal. Immédiatement, le soir même du 23 janvier, angine, fièvre, torticolis et le lendemain, douleurs typiques dans les articulations des membres.

Les jours suivants, l'inflammation devient de plus en plus violente et le 27, une incision au-dessous du sac lacrymal permet de donner une issue à un flot de pus putride anaérobie. En sondant le trajet, le docteur Taberlet reconnaît l'origine dentaire de l'abcès et élimine la dacriocystite. Il remarque que la sonde pénètre dans une cavité allongée en avant du maxillaire supérieur qui vient s'ouvrir dans la bouche, au niveau de la fosse canine, par un pertuis assez étroit. Simultanément les phénomènes rhumatismaux se sont éteints comme de coutume.

Aucune lésion du sinus maxillaire qui s'illumine normalement. La radiographie ne révèle qu'un certain degré de raréfaction osseuse en face de l'incisive latérale droite supérieure.

Les semaines suivantes amélioration progressive ; on entretient au galvano, l'orifice buccal de l'abcès qui par ailleurs cesse de couler.

Tous les trois jours, on injecte à doses progressives un stock-vaccin dentaire (streptocoques d'origine dentaire, pneumocoques, catarrhalis, staphylocoques et Friedlander). Vingt-quatre heures après la première et la deuxième injection, sensations douloureuses fugaces dans la fosse canine. Pas de réactions thermiques.

Au total, on injecte environ 120 millions de streptocoques, 90 millions de pneumocoques, 120 de catarrhalis, 1200 de staphylocoques et 120 millions de Friedlander.

Guérison complète à la fin de mars.

La malade ne présente à signaler en outre qu'une artério-sclérose très nette avec artères sinueuses un peu indurées, avec souffle léger systolique rétrosternal, des bourdonnements d'oreilles fréquents et une albuminurie indosable.

Comme on peut s'en rendre compte, ici, le rhumatisme articulaire aigu de Bouillaud n'existe pas. Malgré les crises répétées, pas d'endocardites. L'action du salicylate n'est pas péremptoire. Les accidents présentent d'ailleurs une évolution assez curieuse : pendant de longues années, les crises de rhumatisme articulaire surviennent presque toujours après les séances chez le dentiste, soit après des extractions de racines, soit après des obturations. La dernière crise aiguë de rhumatisme suivait exactement le développement de deux abcès dentaires et se terminait avec l'évacuation du pus d'origine dentaire.

On ne peut donc nier ici le rôle de la septicité dentaire, et il est probable que ce sont les mêmes germes qui sont responsables à la fois des infections au voisinage des dents et des accidents articulaires.

Ces différentes observations, sans être absolument affirmatives, permettent cependant d'admettre l'existence de septicémies latentes à point de départ dentaire.

Personne aujourd'hui ne doute de la septicémie à point de départ pharyngé (Castaigné et Nobécourt), de septicémies lympho et phlébo-phlegmoneuses d'origine buccale, établies par Sebileau, des néphrites à la suite d'angines, et des arthrites à point de départ pharyngé.

La porte d'entrée buccale n'a donc rien de subversif en matière de rhumatisme, et l'origine dentaire n'a rien de paradoxal, la part étant faite des prédispositions individuelles.

Deuxième Groupe

A coté de cette première classe de rhumatisme dentaire, origine de pseudo-rhumatismes infectieux, il en est une seconde, qui est celle du rhumatisme dentaire, coexistant avec d'autres manifestations articulaires, ou n'étant qu'une localisation au niveau de l'articulation alvéolo-dentaire du virus de la maladie de Bouillaud. Nous voulons ainsi parler de l'atteinte, au cours du rhumatisme articulaire aigu, franc, généralisé, de l'articulation de la dent, au même titre que celle des autres articulations.

Les observations suivantes, recueillies : les deux premières à l'hôpital de la Charité, et la troisième à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le docteur Troisier, semblent venir à l'appui de cette conception.

Observation II

Mia..., dix-huit ans.

La malade a présenté quatre crises de rhumatismes. La première à l'âge de douze ans (décembre 1916) ; la deuxième à l'âge de quatorze ans (octobre 1918) ; la troisième à l'âge de dix-sept ans (juin 1921) ; la quatrième à l'âge de dix-huit ans (février 1923).

La *première crise* en 1916 fut la plus violente. Fébrile, généralisée à toutes les articulations, présentant un maximum aux genoux, aux épaules, à la colonne cervicale, aux mâchoires, la malade resta trois jours sans pouvoir desserrer les dents. La crise se prolongea trois mois, durant lesquels la malade resta alitée, traitée au salicylate de soude et par des enveloppements salicylés, la température oscillant entre 38°5 et 39°.

Elle se remit tout à fait et remarqua seulement un peu de dyspnée d'effort.

La *deuxième crise* à l'âge de quatorze ans, en 1918 fut moins violente. Ici encore, toutes les articulations étaient atteintes, mais les douleurs beaucoup moins violentes. Elle aurait été compliquée de pleurésie double et le médecin diagnostiqua une complication cardiaque.

Depuis cette seconde crise, les palpitations, l'essoufflement à l'effort ont été en augmentant.

La *troisième crise* a lieu en juin 1921.

La *quatrième* en février 1923. Les douleurs articulaires sans grand gonflement, mais l'essoufflement et la dyspnée l'ont caractérisée.

Fait particulier : les quatre crises ont débuté de la même façon, précédées de *douleurs dentaires à type névralgique*, et parfois d'angine, à tel point que la malade pouvait prévoir sa crise rhumatismale *huit jours avant* son apparition.

En effet, huit jours avant la crise, en général, la malade est prise de douleurs dentaires siégeant dans le territoire des deux maxillaires, sans localisation maxima d'un côté ou de l'autre, sans irradiation du côté de l'oreille, parfois un peu vers l'œil gauche. Les dents ne sont pas sensibles à la pression pendant la crise, la malade mâche sans douteur. Elle n'a pas non plus la sensation de mobilité anormale des dents.

Les douleurs cessent à l'apparition des douleurs articulaires.

La malade n'éprouve jamais de semblables douleurs en dehors des crises rhumatismales.

L'angine accompagne généralement la crise de névralgie dentaire, elle cède rapidement.

La malade en février 1923, fut examinée dans le service. Les articulations présentaient un aspect normal huit jours après le début

de la crise. Du côté du cœur on notait : une pointe battant dans le cinquième espace, pas de frémissement. Un gros souffle systolique, en jet de vapeur s'entendant dans toute l'aire précordiale, se propageant vers l'aisselle, jusque dans le dos.

Tension artérielle : 12-6.1-2 au Pachon.

Le foie débordait de un travers de doigt les côtes, il n'était pas douloureux.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on percevait une respiration soufflante dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit, avec pertosoufflante dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit, avec pectoriloquie aphone.

Du côté de l'appareil génital, des règles irrégulières, supprimées à chaque crise de rhumatisme, retardées dans l'intervalle de celles-ci.

Rien aux autres appareils. Pas d'œdème.

La radioscopie (18 avril 1923) montre un gros cœur triangulaire, l'oreillette dilatée occupant l'espace clair médian.

A cette époque (Avril 1923), la malade quitte l'hôpital pour une maison de convalescence.

Le 8 mai 1923, elle entre à nouveau. Depuis cette date jusqu'à ce jour (décembre 1923) la malade a été suivie dans le service, qu'elle n'a pas quitté.

Elle était revenue à l'hôpital après une crise de rhumatisme léger localisé au niveau du genou, pendant son séjour à la maison de convalescence. C'était moins pour cette crise, qui fut peu importante que pour l'oppression, les douleurs précordiales qui s'étaient accentuées depuis son départ qu'elle était venue consulter.

Elle a donc surtout été soignée pour son état cardiaque depuis le 8 mai à l'hôpital.

En effet, on note à cette époque : un même souffle systolique, sans doublement du deuxième bruit.

Le foie était nettement augmenté de volume, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes. Pas d'œdème. A la radioscopie : un gros cœur augmenté dans sa totalité.

En juillet 1923, la malade fait une petite poussée articulaire, localisée aux membres inférieurs.

Poussée précédée, comme les autres de *névralgies*, dentaires, ayant le même caractère qu'aux crises précédentes, c'est-à-dire débutant huit jours avant la crise.

Accompagnant la crise : un peu de tachycardie, et une douleur inter-scapulo-vertébrale gauche.

Depuis cette crise qui n'a duré que huit jours, la malade se plaint d'éprouver à la moindre fatigue, au plus léger effort, une douleur localisée au point auriculaire postérieur, point que la malade indique nettement localisé et sensible à la pression.

Les douleurs précordiales, les palpitations au moindre effort sont des plus nettes.

Le 25 novembre 1923 : crise de névralgies dentaires. La crise a débuté le matin par la moitié inférieure gauche du maxillaire. Les deux mâchoires ont été rapidement gagnées par les douleurs.

La malade dit avoir souffert à la pression des dents au moment de la crise, qui s'est terminée le soir.

Le lendemain la malade s'est plaint de douleurs à la déglutition, on n'a pas noté de rougeur aux piliers, ni à l'amygdale.

Le 26 et le 27 novembre, les palpitations ont augmenté.

Le 28, on prescrit de l'antipyrine, à défaut du salicylate mal toléré, à la dose de trois grammes pendant trois jours et cinq gouttes de digitaline.

Le 30, des douleurs apparaissent dans la région thoracique droite.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal, la température est à 37°4.

Les phénomènes douloureux se sont calmés en quatre jours.

Etant donné le rapport des crises douloureuses dentaires avec les crises rhumatismales, on avait fait pratiquer un examen dentaire complet par M. Houssais

Le 13 novembre : En bas et à droite : Evolution d'une dent de sagesse, la partie distale, recouverte par un capuchon muqueux. La percussion ne révèle aucune douleur. La dent voisine de la dent de sagesse est sensible à la percussion. Elle fut obturée en mai 1923. Carie de la canine.

A gauche : deuxième petite molaire présente une carie pénétrante des deux côtés de la dent.

En haut : une carie des dents de six ans et douze ans droites, de la canine et de la deuxième prémolaire. A gauche, carie de la face triturante de la dent de six ans ; les incisives sont toutes atteintes.

Au total, très mauvais état des dents, mais les gencives sont saines.

On remarque une plaque décapillée au niveau de la langue.

La radiographie ne permet pas de constater de lésions diffuses des alvéoles, ni des apex, dont la plupart sont sains.

Observation III

Ber..., dix-sept ans.

Entre à l'hôpital pour une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Le début remonte à huit jours. Le patient s'est senti mal à l'aise, a présenté une légère angine avec dysphagie, anorexie, céphalée, courbature.

Puis des douleurs articulaires sont apparues d'abord à la cheville droite, puis à la gauche. Le genou droit s'est ensuite pris, puis le gauche.

Actuellement, le malade présente un gonflement des deux genoux, surtout du droit, avec position en flexion légère, teinte rosée des téguments, douleur au palper de l'interligne.

La fluxion des articulations tibio-tarsiennes a déjà disparu.

Il s'agit donc d'une crise légère de rhumatisme articulaire aigu. La température est à 38°. Quelques sueurs. Pas d'anémie notable. L'examen macroscopique donne un taux d'hémoglobine à 90.

L'examen du cœur montre toutefois quelques troubles du rythme, extra-systoles, des bruits légèrement assourdis, tous signes ayant fait juger nécessaire l'administration outre la médication salicylée, de digitaline.

L'étude des antécédents apprend l'existence d'une crise précédente, apparue il y a deux ans, à l'âge de quinze ans, crise ayant atteint les membres inférieurs et supérieurs, ayant immobilisé le malade deux mois environ. Mais surtout, l'anamnèse montre une histoire de douleurs dentaires, survenant périodiquement chaque année, ayant débuté à sept ans et dont la dernière est apparue à quatorze ans.

Le malade raconte que, depuis l'âge de sept ans, chaque année, au mois de mai, il ressentait une douleur sans signe précis, tant à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure. Douleur sourde, avec agacement des dents, exagérée par la mastication qu'elle rendait pénible, au point que l'alimentation solide devenait impossible. Ces douleurs, en outre, présentaient fréquemment des paroxysmes nocturnes.

Le malade avait la sensation d'allongement des dents, de mobilité dans les alvéoles, sans irradiation otalgique.

Ces douleurs ne s'accompagnaient pas, semble-t-il, de phénomènes généraux. La durée de ces phénomènes comprenait tout le mois de mai ; le reste de l'année, pas de douleurs semblables, non plus qu'articulaires.

Les douleurs dentaires ont disparu depuis 1918.

La première crise de rhumatisme articulaire est apparue en 1920.

La seconde en novembre 1923.

Au point de vue dentaire (Houssais) : dents dans l'ensemble solides et bien constituées.

A la mâchoire inférieure : éruption, au moment de l'observation de la dent de sagesse inférieure gauche, le capuchon muqueux est en partie, mortifié.

Dent de douze ans cariée : du côté droit, la seconde prémolaire manque.

A la mâchoire supérieure, carie simple de la dent de douze ans et de la dent de six ans, à droite. A gauche, caries simples des dents de douze ans et première prémolaire.

Il a été fait un prélèvement au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche en éruption. Frottis et cultures ayant montré la présence de nombreux cocci du type staphylocoque, et surtout une association fuso-spirillaire des plus nettes.

La radiographie, en dehors d'un kyste au niveau d'une prémolaire cariée, ne décele aucune lésion diffuse des alvéoles.

Par ailleurs, les gencives sont absolument normales, ni décollées, ni tuméfiées, ni infectées.

Observation IV

M. Rog..., dix-huit ans.

En novembre 1918, à douze ans, première crise rhumatismale : douleurs dans l'articulation temporo-maxillaire, suivie d'angine rouge, puis de douleurs dans les coudes, les genoux, et les muscles des cuisses.

Souffle méso-systolique transitoire.

Deuxième crise le 1^{er} avril 1920. Début par une angine, des douleurs cervicales (nuque, cou).

Le lendemain, douleurs articulaires légères aux coudes et aux genoux, arythmie et tendance à l'embryocardie. Les jours suivants, le diagnostic se confirme d'endocardite, et un souffle typique d'insuffisance mitrale se caractérise. Trois cures successives à Royat, en 1920, 1921, 1922. Persistance d'extra-systoles et du souffle mitral.

Troisième crise en avril 1924. Le malade est suivi à l'hôpital et on note une série de points nouveaux.

Le 12 avril, douleurs au niveau de toutes les molaires. Le 13 avril, douleurs généralisées à toutes les dents, y compris les canines et les incisives, toutes les dents sont douloureuses à la pression : toutes donnent l'impression d'allongement. La mastication est rendue difficile.

Le 14 avril, la température monte à 38°2 et les articulations temporo-maxillaires deviennent douloureuses.

Le 15 avril, la fièvre atteint 38° 6 : à 10 heures du soir, en même temps qu'un violent accès fébrile, des douleurs apparaissent aux coudes et aux poignets. Aspect typique du rhumatisme articulaire aigu. Sous l'influence d'une cure salicylée, les douleurs s'atténuent, la température redevient normale le 20. Signalons cependant, du 25 au 30, une série de poussées à 38°.

Nombreuses caries dentaires (molaires) et infection de la région du collet avec déchaussement des incisives inférieures et d'une supérieure.

Dans ces trois observations, le rhumatisme dentaire est lié manifestement à l'infestation de l'organisme par le virus de la maladie de Bouillaud : il se caractérise cliniquement par de l'alvéolo-arthrite généralisée, éphémère, fluxionnaire : toutes les dents paraissent allongées, toutes sont douloureuses à la pression et sont plus ou moins branlantes dans leurs alvéoles.

L'aspect des malades, leur sensibilité au salicylate et à l'antipyrine, l'alternance des articulations prises, la lésion endocardique chez la jeune fille de l'observation II, la réapparition des crises, tout fait conclure qu'il s'agit bien de rhumatisme articulaire aigu franc, autant que la clinique peut l'affirmer.

Chez les malades des observations II et III, l'examen clinique et radiologique des gencives et des articulations alvéolo-dentaires ne révèle rien d'anormal. Cependant les lésions affectent plusieurs dents jusqu'à l'apex et provoquent visiblement sur les radiographies, l'aspect du granulome.

Nous estimons que ces lésions dentaires doivent retenir l'attention dans la chronologie des accidents présentés par les malades.

Comment ne pas être frappé de voir dans l'observation II les crises dentaires annonciatrices à bref délai de la polyarthrite fébrile débiter à l'âge de douze ans, de voir dans l'observation III les crises dentaires débiter à l'âge de sept ans, se répéter toutes les années au printemps, atteindre toutes les dents des deux maxillaires et s'accompagner des sensations d'allongement et d'ébranlements dentaires ?

Ceci donne à penser qu'il s'agit d'une localisation première du virus du rhumatisme articulaire aigu sur les multiples articulations des dents dans leurs alvéoles, s'accompagnant ou non de phénomènes infectieux de la cavité buccale et du pharynx.

L'absence de suppuration dans les alvéoles comme dans les articulations des membres, serait un témoignage de l'identité du processus, de nature seulement inflammatoire.

De même, la disparition brusque des douleurs dentaires,

dès qu'une articulation, genou ou coude, se prenait comme par une véritable métastase.

Tantôt donc le virus rhumatisant infeste les alvéoles dentaires, longtemps avant les déterminations articulaires des membres, tantôt il le fait dans les jours qui précèdent la crise de rhumatisme articulaire aigu. Tantôt symptôme prémonitoire, tantôt symptôme tardif, il demande toujours à être recherché avec soin, pour pouvoir établir sa filiation avec les accidents légitimes de la maladie de Bouillaud.

Il faut encore envisager la question des arthropathies régionales. Si l'on admet que le virus de Bouillaud siège dans les premières voies digestives, on comprend qu'il puisse gagner la région si proche des alvéoles dentaires et même l'articulation temporo-maxillaire.

Pour le premier groupe d'observations, l'infection par contiguïté est moins évidente. Il faut noter cependant ces myalgies du cou, ces torticolis, ces arthrites cervico-rachidiennes, qui précédaient la crise rhumatismale des membres chez le malade de l'observation I. Le pseudo-rumatisme infectieux d'origine dentaire se caractérisait ainsi d'abord par des manifestations régionales sur les muscles et les articulations de l'extrémité céphalique.

TRAITEMENT

N'étant pas douteux que l'infection bucco-dentaire puisse avoir un retentissement sur l'état général et les divers organes, il est de toute nécessité pour le stomatologiste et le chirurgien-dentiste, de diminuer, dans la mesure du possible, les chances d'infection.

Il y a peu de temps encore, le traitement des dents consistait surtout dans l'extraction ou le seul traitement des caries, dont la pulpe n'était pas intéressée.

Logiques avec eux-mêmes, les Américains ont préconisé l'avulsion systématique de toute dent dévitalisée. A New-York, dans les cliniques, il est recommandé d'extraire toutes les dents sans pulpe, pour sauvegarder la santé des enfants. Ils décident que toute dent infectée ne doit plus être soignée si ce n'est par un spécialiste, muni d'un appareil de radiographie. Les couronnes, dents à pivot, obturations doivent être considérées comme de véritables « gold traps of septicis » (Hunter).

Bien des malades payèrent de leurs dents la conviction de leurs chirurgiens sans aucun bénéfice pour leur arthrite.

Il y a, dans la théorie américaine, une part de vérité, mais aussi une part beaucoup plus grande d'exagération. Il ne faut pas ramener systématiquement au rhumatisme dentaire et aux infections péri-apicales toutes les manifestations pathologiques infectieuses. Certes, elles existent mais elles ne sont pas aussi fréquentes qu'ils veulent bien le dire, et elles peuvent bien plutôt rentrer dans le cadre ordinaire des infections secondaires, favorisées par un état général déficient.

D'ailleurs, certains médecins américains eux-mêmes,

comme Mills et Anvers, ont protesté contre les théories de leurs collègues et, en particulier, contre la mutilation imposée à un jeune homme de dix-neuf ans, qui, atteint d'épilepsie, subit inutilement l'extraction de toutes ses dents.

Nous séparant nettement de la thérapeutique américaine, nous estimons, après Frey, Roy, Mendel, Rousseau-Decelle et Willam, que la thérapeutique conservatrice est de beaucoup préférable. Il faut redoubler de minutie dans le traitement, et pratiquer des dévitalisations aussi aseptiques que possible, en prenant toutes les précautions nécessaires : abri de la salive, usage d'antiseptiques parfaitement éprouvés : tel le tricrésol-formol, assèchement complet des cavités et des canaux, et contrôle radiographique.

« La clinique et la radiographie démontrent que des dents saines, dévitalisées aseptiquement dans un but prothétique, peuvent subsister indéfiniment, sans présenter trace d'infection apicale, à condition toutefois que l'ouverture de la dent et la pulpectomie consécutive aient été pratiquées avec les plus minutieuses précautions antiseptiques ».

Dans le cas de rhumatisme dentaire, dû au virus de Bouillaud, la thérapeutique ordinaire : salicylate antipyrine, fera disparaître les manifestations articulaires dentaires, au même titre que les autres manifestations rhumatismales des membres.

La seule concession utile est de lutter contre le patient qui exigerait le traitement d'une dent trop mauvaise, en présence d'un terrain débilité, sur lequel l'infection nous paraîtrait trop facile.

Ce traitement pourra être complété par une cure dans une station climatique, et en particulier à Bourbonne-les-Bains. La technique de Bourbonne consiste à intensifier les phénomènes de vaso-dilatation dans les foyers pathologiques, pour enrayer les processus en évolution et amplifier les activités réparatrices : on y réussit pour le rhumatisme dentaire par des bains de bouche répétés avec l'eau minérale chaude. Cette pratique des bains locaux doit être précédée du décapage des dents recouvertes de tartre pier-

reux, pour faciliter leur action au-dessous du collet sur le périoste des alvéoles des maxillaires.

Les résultats immédiats se traduisent par des gencives moins violacées, moins boursouflées au niveau des dents atteintes : elles se rétractent tout en se montrant plus adhérentes au périoste, qui, lui-même est plus ferme.

Quelques semaines plus tard, le malade constate avec satisfaction que ses dents atteintes sont plus stables et que leur déchaussement s'est atténué.

Gay rapporte plusieurs observations de guérison. Les eaux de Bourbonne agissent aussi sur l'état général diathésique, et c'est une thérapeutique préventive, d'une sûre et puissante ressource,

Nous ne ferons que citer l'emploi des vaccins qui, utilisés suivant la méthode de Wright, ont parfois donné d'excellents résultats.

CONCLUSIONS

I. — Le rhumatisme dentaire est caractérisé par une inflammation du ligament alvéolo-dentaire, qui se manifeste par différents symptômes, dont les plus importants sont : la douleur à la pression et à la mastication, la sensation très nette d'allongement des dents due à la congestion du ligament, qui repousse la dent hors de son alvéole, la rougeur de la gencive, qui devient douloureuse, et très souvent, une fluxion, de siège variable, présentant son maximum le matin, et persistant trois ou quatre jours. Les douleurs spontanées rendent tout sommeil impossible. Les dents se mobilisent, et il n'est pas rare d'observer la formation d'abcès, donnant naissance à des fistules.

II. — Pour les Anglais et surtout les Américains, le rhumatisme dentaire serait susceptible de causer des septicémies latentes et torpides, capables elles-mêmes de se fixer sur un organe et d'y déterminer à la longue des lésions indélébiles, ils rapportent à cette étiologie : nombre d'endocardites, d'éruptions, de maladies nerveuses, de néphrites, de rhumatismes chroniques infectieux.

III. — Il semble exister deux variétés de rhumatisme dentaire, de même symptomatologie, mais d'étiologie différente :

A. — Le rhumatisme dentaire, constituant la première manifestation d'un pseudo-rumatisme infectieux, se développant par la suite, et qui peut en être considéré comme l'origine directe.

B. — Le rhumatisme dentaire, se manifestant au début ou au cours du rhumatisme articulaire, franc, généralisé, et n'étant que la localisation au niveau de l'articulation alvéolo-dentaire, du virus de Bouillaud.

IV. — Sans ramener systématiquement au seul rhumatisme dentaire toutes les manifestations pathologiques infectieuses, il n'en reste pas moins vrai que l'examen de la bouche est une obligation pour le médecin et le chirurgien, qui pourront ainsi trouver des renseignements précieux sur l'étiologie d'une affection survenant en apparence sans raison.

V. — La thérapeutique du rhumatisme dentaire ne doit pas consister surtout, comme on le fait en Amérique, dans l'avulsion des dents atteintes, mais elle doit être bien plutôt conservatrice. On s'efforcera de sauver les dents, en redoublant de minutie dans le traitement des canaux, et en prenant toutes les précautions antiseptiques nécessaires. On complètera au besoin par l'usage des vaccins ou les cures dans certaines stations thermales.

Le rhumatisme dû au virus de Bouillaud sera traité par le salicylate ou l'antipyrine.

VI. — Une dernière obligation s'impose : c'est celle de l'hygiène buccale strictement observée :

Par les soins journaliers de la bouche.

Par des soins dentaires réguliers.

Le Président :

BEZANÇON.

Le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

LAPIE,

Recteur de l'Académie de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- Tellier.** — La septicité bucco-dentaire. — *Revue de Stomatologie*, 1921, N° 5.
- Goadby.** — The Association of diseases of the mouth with rheumatological arthritis and certain other forms of rheumatisms. — *The Lancet*, 1911, T. I.
- Billings** (Chicago). — Chronical focal infections and their etiological relation to arthritis and nephritis. — *Archives of Intern. Medicine*, 1912, p. 483.
- Antonius et Czépa.** — Über die Bedeutung Infektionsprozessen in den Zahnwurzeln für die Entstehung in inneren Krankheiten. — *Archives for innere Medizin*, 1921, page 923.
- Scotmuller.** — Über dem angeblichen Zusammenhang zwischen Infektion der Zähne und allgemeine Krankheiten. — *Deut Med Woch*, 9 Fév. 1922, page 182.
- Maranon.** — El reumatismo de origen dentario. — *El Siglo medico*, 17-3-23.
- Gonzolo.** — Reumatismo de origen dentario o poli-artritisestreptococcia. — *El Siglo Medico*, 24-3-23.
- Pulido Martin.** — Sobre el reumatismo dentario. — *Ibidem*, page 280.
- Subirona.** — Apostillos al termino. — *Ibidem*, page 282.
- Rousseau-Decelle.** — Le rôle pathologique de la septicité dentaire, considéré en France et en Amérique. — *Vie Médicale*, 1921.
- Frey et Ruppe.** — Rapport de la septicité dentaire avec les maladies générales. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 Mai 1921.
- Housset.** — Rapport sur les infections périapicales et l'état général du malade. — *Revue d'Odontologie*, 1921.
- Watton et Aimes.** — La septicité bucco-dentaire et la pathologie. — *Progrès Médical*, 1921, page 252.
- Watson William.** — Rheumatoid arthritis due to sinus nasal infection. — *British Medical Journal*, 21-1-22.
- Albee.** — Zahn- und Mundkrankheiten in ihrer Beziehung zu organischen und allgemeinen Erkrankungen. — 1922.
- Nathan.** — *Presse Médicale*, 10 novembre 1923.
- Bonnamour et Delore.** — Endocardite infectieuse avec abcès dentaire comme origine probable, anurie prolongée terminale. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*. — 6 Mai 1924.

- Gay.** — Périostite alvéolo-dentaire rhumatismale comme indication des cures thermales. — *Revue Médicale de l'Est*, 1-12-24.
- Troisier, Raoul et Leboucher.** — Rhumatisme articulaire aigu, consécutif à des douleurs dentaires généralisées. — *Bulletin Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 28-12-23.
- Troisier.** — Les rhumatismes dentaires. — *Bulletin Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 30 avril 1925.
- Troisier.** — Rhumatismes et infections dentaires. — *La Médecine*, Juillet 1924, page 787.
- Singer.** — Le problème étiologique dans la question du rhumatisme. — *Wiener Medical Woch*, 13 décembre 1924.
- Sainton et Debertrand.** — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. — 10 Février 1911.
- Sainton et Debertrand.** — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. — 10 Février 1911.
- Rosenow.** — The relation of dental infection to systemic disease. — *Dental Cosmos*, Mai 1917, page 485.
- Gaillard et Nogué.** — *Traité de Stomatologie*, tome I, page 149 ; tome III, page 155.
-

